



# Baptist Community Health Services

## APLICACIÓN DE TARIFAS DE DESLIZAMIENTO

### Nuestra Misión:

Demonstrar el amor de Cristo brindando atención médica y conductual de alta calidad.

### 2025 Escala de Tarifas de Deslizamiento - Ingresos Brutos Anuales

Médica	\$25 Tarifa Nominal	Paga \$50	Paga \$75	Paga \$100	Paga el 100% de los cargos
Salud Conductual	\$20 Tarifa Nominal	Paga \$30	Paga \$40	Paga \$50	Paga el 100% de los cargos
<b>Nivel de Pobreza</b>					
	0%	mas de 100%	mas de 150%	mas de 175%	mas de 200%
	100%	150%	175%	200%	
<b>Tamaño de la Familia</b>					
	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D	Nivel E
1	\$ 0	\$ 15,651	\$ 23,475	\$ 27,388	\$ 31,301
2	\$ 0	\$ 21,150	\$ 21,151	\$ 31,725	\$ 37,013
3	\$ 0	\$ 26,650	\$ 26,651	\$ 39,975	\$ 46,639
4	\$ 0	\$ 32,150	\$ 32,151	\$ 48,225	\$ 56,264
5	\$ 0	\$ 37,650	\$ 37,651	\$ 56,475	\$ 65,889
6	\$ 0	\$ 43,150	\$ 43,151	\$ 64,725	\$ 75,513
7	\$ 0	\$ 48,650	\$ 48,651	\$ 72,975	\$ 85,138
8	\$ 0	\$ 54,150	\$ 54,151	\$ 81,225	\$ 94,764
<i>Cada miembro adicional</i>	\$ 0	\$ 5,501	\$ 5,501	\$ 8,251	\$ 9,625
					\$ 9,625
					\$ 11,000

### 2025 Escala de Tarifas de Deslizamiento - Ingresos Brutos Semanales

Médica	\$25 Tarifa Nominal	Paga \$50	Paga \$75	Paga \$100	Paga el 100% de los cargos
Salud Conductual	\$20 Tarifa Nominal	Paga \$30	Paga \$40	Paga \$50	Paga el 100% de los cargos
<b>Nivel de pobreza</b>					
	0%	mas de 100%	mas de 150%	mas de 175%	mas de 200%
	100%	150%	175%	200%	
<b>Tamaño de la Familia</b>					
	Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D	Nivel E
1	\$ 0.00	\$ 300.14	\$ 300.15	\$ 450.21	\$ 450.22
2	\$ 0.00	\$ 405.62	\$ 405.63	\$ 608.42	\$ 608.43
3	\$ 0.00	\$ 511.10	\$ 511.11	\$ 766.64	\$ 766.65
4	\$ 0.00	\$ 616.58	\$ 616.59	\$ 924.87	\$ 924.88
5	\$ 0.00	\$ 722.05	\$ 722.06	\$ 1,083.08	\$ 1,083.09
6	\$ 0.00	\$ 827.53	\$ 827.54	\$ 1,241.30	\$ 1,241.31
7	\$ 0.00	\$ 933.01	\$ 933.02	\$ 1,399.52	\$ 1,399.53
8	\$ 0.00	\$ 1,038.49	\$ 1,038.50	\$ 1,557.74	\$ 1,557.75
<i>Cada miembro adicional</i>	\$ 0.00	\$ 105.48	\$ 105.49	\$ 158.23	\$ 158.24
					\$ 158.25
					\$ 158.26
					\$ 158.27

La escala móvil de tarifas de BCHS se basa en las Pautas federales de pobreza (FPG) de 2025.

<https://asep.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Fecha de Vigencia: 1 de Marzo 2025

## DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Los servicios de salud comunidad Bautista ofrecen un descuento en algunos servicios basados en el tamaño y los ingresos de su hogar. La escala de las cuotas se determinan según el formulario de impuestos federales, W-2, o los últimos dos talones de cheques. El personal de la clínica BCHS utiliza la tabla en el interior de este folleto para determinar su elegibilidad.

Su descuento será calificado anualmente.

Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina de BCHS al número 504-533-4999 o email [info@bchsnola.org](mailto:info@bchsnola.org)

### Regresa esta aplicación a esta dirección:

4960 St. Claude Avenue  
New Orleans, LA 70117

### DEBE SER COMPLETADO POR PERSONAL DE BCHS

Annual Gross Income \$ \_\_\_\_\_

Patient is eligible for sliding fee discount in Category \_\_\_\_\_

- Proof of Income
- Patient refused to comply
- Patient does not qualify for sliding fee

Verified By \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## APLICACIÓN DE TARIFAS DE DESLIZAMIENTO

Si desea calificar para la cuota de descuento, debe demostrar prueba de los ingresos de cada uno de su familia de quien usted es económicamente responsable. Si no tienes ninguna fuente de ingresos, por favor habla con un miembro de BCHS. Los solicitantes deben presentar una copia de lo siguiente:

- Dos talones consecutivos para cada empleado adulto de 18 años de edad y que viven en el hogar, o viven fuera del hogar, pero para quien el mismo hogar es económicamente responsable.
- Declaración de impuestos del año anterior de W-2 para cada adulto que vive en el hogar o para quien el mismo hogar es económicamente responsable (Se tomarán de los ingresos brutos).

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de familia: \_\_\_\_\_

(Cuántos son los miembros de su familia que viven en la misma casa)  
Escribe los nombres y fechas de nacimiento de cada persona que vive en su hogar o personas para quien usted es económicamente responsable.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Descargo de responsabilidad:

Por la presente certifico que esta información es, verdadera y correcta. Además acepto notificar a estas oficinas de cualquier cambio en esta información dentro de 10 días. Entiendo que debo volver a calificar anualmente para mantener mi elegibilidad.

También soy consciente de que esta información se revisa y es basada en la guía de pobreza Federal., publicado anualmente por el Gobierno Federal. Entiendo que debo pagar en el momento del servicio. Para mantener este descuento, sus cuentas deben pagarse puntualmente. Si usted es incapaz de hacer el pago en el momento del servicio, por favor hable con la recepcionista para hacer otros arreglos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable